

経鼻弱毒インフルエンザワクチン（フルミスト点鼻液）接種				予診票		
※接種希望の方は、太ワク内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。 ※お子さんの接種を希望される場合は、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。			体温℃			
住所		tel				
フリガナ		生年月日				
受ける人の氏名		男		年	月	日
(保護者の氏名)		女		歳	カ月	
1.今日受けるインフルエンザの予防接種について説明文を読んで理解しましたか？						
はいいいえ						
2.今日、普段と違って具合の悪いところがありますか？						
はいいいえ						
3.現在、何かの病気で医師にかかっていますか？						
はい病名()いいえ						
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか？						
はい特に訪ねていないいいえ						
4.最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか？						
はい病名()いいえ						
5.特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症 血液疾患、その他)にかかったことがありますか？						
はい病名()いいえ						
6.薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)で皮膚に発疹や 尋麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか？						
はい薬品名()いいえ						
7.けいれんを起こしたことがありますか？						
はい(回ぐらい)いいえ 最後は(年 月 日)						
8.今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことはありますか？						
はい病名()いいえ						
9.今日受けるインフルエンザ予防接種は、今シーズン1回目ですか？						
はいいいえ ※：経鼻弱毒生ワクチン（フルミスト点鼻液）はシーズン1回投与となります。 前回接種日(年 月 日)						
10.インフルエンザ予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか？						
はいいいえ						
11.インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか？						
はい予防接種名()いいえ						
12.1ヵ月以内に予防接種を受けましたか？						
はい予防接種名()いいえ						
13.近親者に先天性免疫不全症の方がいますか？						
はいいいえ						
14.1ヵ月以内に近親者や周囲で麻疹(はしか)、風しん 水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか？						
はい病名()いいえ						
15.【女性の方に】現在妊娠していますか？						
はいいいえ						
16.【接種を受けられる方がお子さんの場合】						
はいいいえ 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか？出生体重(g) 具体的に()						
17.その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的にご記入ください						
医師記入欄						
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる 見合わせた方が良い)と判断します。 本人又は、保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構法 に基づく救済について説明しました。本剤の接種対象者が2歳以上19歳未満であることを確認。					医師の署名 または記名押印 ()	
本人(保護者)記入欄						
医師の診察、説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で接種することに(同意します 同意しません)。 (接種者が未成年の場合、保護者の同意および署名が必要です)						
署名(代筆者の場合：続柄)						
使用ワクチン名点鼻実施場所:()						
インフルエンザワクチン(各鼻腔0.1ml噴霧)医師名:()						
Lot No : 0.2ml接種日時 年 月 日 時						